

Nom du client: _____

Date de naissance: _____

Évaluation Physiothérapique

Anamnèse

Adresse: _____ Code postal _____

No de tél.: _____ No. Reclamation: _____

Médecin traitant: _____ N. A.M.: _____

Personne(s) ressource(s): _____

Diagnostic/Motif de référence: _____

Recommandations/précautions: _____

Histoire de cas: (âge, sexe, type de travail, activités de loisir, raison de la consultation, date de l'évènement, cause et mécanisme de la blessure, évolution des symptômes, traitements antérieurs, considérations psycho-sociales):

Antécédants médicaux pertinents: _____

Conditions associées (Autres conditions pouvant influencer la planification et l'application du traitement, eg. amputation, plaque de métal)

Médication: _____

Autres examens: _____

Environnement domiciliaire: _____

Date _____

Physiothérapeute : _____

Nom du client: _____

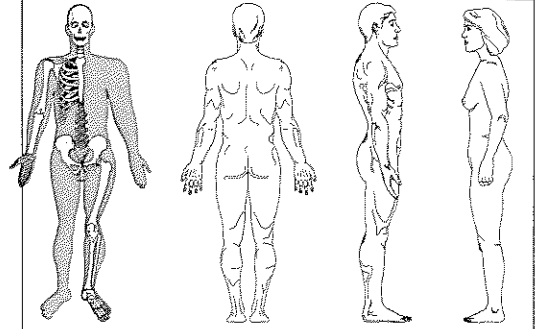
Date de naissance: _____

Évaluation clinique

S. Données subjectives

Douleur, somesthésie, faiblesse

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |



Limitation dans le travail et dans les activités de loisirs et sportives: _____

Fonction générale avant raison de la consultation: _____

Attentes du client/famille: _____

O. Données objectives

| | | | |
|--------------|---|-----|-------|
| Observations | Cognitif (communication, orientation, mémoire, comportement) _____ | | |
| | Physique (Circulation, vision, ouïe) _____ | | |
| Amplitude | Voir annexe A | oui | _____ |
| | | non | _____ |
| Force | Voir annexe | oui | _____ |
| | | non | _____ |

Date _____

Physiothérapeute : _____

Nom du client: _____

Date de naissance: _____

| | | | | | | |
|---|---|----------|-------------------------|--|---------------|--|
| Examen neurologique | R●T: Rotule _____ Achiles _____ Biceps: _____ Triceps: _____ (Babinski: _____) | | | | | |
| | Sensibilité : Toucher léger _____ Température _____ Pique _____ | | | | | |
| | Doigt-nez (secondes pour 5 cycles) D ____ G ____ Tremblements D ____ G ____ Dysmétrie D ____ G ____ | | | | | |
| | Talon-Tibia (secondes pour 5 cycles) D ____ G ____ Tremblements D ____ G ____ Dysmétrie D ____ G ____ | | | | | |
| | Autres: _____ | | | | | |
| Posture et Equilibre | Assis | | | | Debout | |
| | Posture | | | | | |
| | Eq. statique | nulle | précaire | passable | normal | nulle précaire passable normal |
| | Eq. dynamique | nulle | précaire | passable | normal | nulle précaire passable normal |
| | Réactions de redressement | absentes | lentes non efficaces | présentes et efficaces | | absentes lentes non efficaces présentes et efficaces |
| | Réactions de Protection | absentes | lentes non efficaces | présentes et efficaces | | absentes lentes non efficaces présentes et efficaces |
| Déplacements | Berg: _____ Step test (#reps /1 minute) D _____ G _____ | | | | | |
| | Aide technique: _____ | | | Surveillance : <i>non-requise</i> <i>requise</i> | | |
| | Appareillage: _____ | | | Assistance: <i>non-requise</i> <i>requise</i> | | |
| | Posture: _____ | | | | | |
| | Patron: _____ | | | | | |
| | Endurance ____ metres en ____ minutes | | | | | |
| | Escaliers _____ | | | | | |
| Retournements et transferts | Timed up and go : _____ | | | | | Distance marché en 6 mins: _____ |
| | | Autonome | Consignes | Surveillance | Assistance | Dépendance |
| | ● Décubitus dorsal à décubitus latéral gauche | | | | | |
| | ● Décubitus dorsal à décubitus latéral droit | | | | | |
| | Couché à assis au bord du lit | | | | | |
| | Assis au bord du lit à couché | | | | | |
| | Assis à debout | | | | | |
| | Debout à assis | | | | | |
| | Transfert du lit au fauteuil | | | | | |
| | Transfert du fauteuil au lit | | | | | |
| | Transferts dans la salle de bain | | | | | |
| | Capacité de faire le pont | | | | | |
| Autres éléments | Remarques | | | | | |
| | Barrières architecturales | | | | | |
| | Tests spécifiques pertinents | | | | | |
| | Palpation | | | | | |
| | FIM | | | | | |
| Niveau de participation du client Motivé Bonne collaboration Passif Réticent Aggressif | | | | | | |

Date: _____

Physiothérapeute : _____

4

Date de naissance: _____

A. Analyse physiothérapique

Impressions

Objectif Fonctionnel

Liste de problèmes

Plan d'intervention

Durée et fréquence prévues des visites :

Recommandations faites au client/patient: _____

Date _____

Physiothérapeute : _____

Nom du client: _____

Date de naissance: _____

[illegible]

Physiothérapeute: _____

